Premier rapport du Bureau du défenseur des droits des malades psychiatriques

86-04591/

SWADRON, BROWN, CASCONE & HIMEL

BARRISTERS & SOLICITORS, NOTARIES & TRADE MARK AGENTS
243 QUEEN STREET WEST, SUITE 200, TORONTO, ONTARIO M5V 1Z4 Tel: (416) 598-3000 Cable "LAWMEN"

PLEASE REFER TO:

L'honorable Murray Elston
Ministre de la Santé
Province de l'Ontario
Édifice Hepburn
10e étage
Queen's Park
Toronto (Ontario)
M7A 1R3

Monsieur le Ministre,

C'est avec plaisir que je vous remets, au nom du Comité consultatif, le premier rapport du Bureau du défenseur des droits des malades psychiatriques.

Le Comité consultatif du Bureau du défenseur des droits des malades psychiatriques tient à souligner en cette occasion combien ses membres ne cessent de s'intéresser et de se dévouer aux droits des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Barry Swadron

Barry B. Swadron, c.r.
Président
Comité consultatif
Bureau du défenseur des droits
des malades psychiatriques

BARRY B. SWADRON, Q.C., LL.B., LL.M. ARTHUR C. BROWN, B.A., LL.B. MICHAEL C. CASCONE, B.A., LL.B. SUSAN G. HIMEL, LL.B.

PREMIER RAPPORT

DU

BUREAU DU DÉFENSEUR DES DROITS

DES MALADES PSYCHIATRIQUES

DÉDICACÉ

à feue Kit Holdsworth, premier défenseur des droits des malades à l'hôpital psychiatrique de Hamilton

Elle laisse derrière elle un apport inédit et vital.

Psychiatric Patient Advocate Office

Bureau du défenseur des droits des malades psychiatriques

2nd floor, 880 Bay Street, Toronto M5S 1Z8 / Telephone 927-1575

Tyrone S. Turner, M.D.
Co-ordinator

Monsieur Allan Dyer
Sous-ministre de la Santé
Édifice Hepburn
10e étage
Queen's Park
Toronto
M7A 1R3

Monsieur le Sous-ministre,

Comme le demande mon mandat, je vous présente le premier rapport du Bureau du défenseur des droits des malades psychiatriques. Il m'a été extrêmement agréable au plan personnel et professionnel de remplir les fonctions de coordonnateur provincial de ce nouveau programme, dans son année initiale.

J'envisage avec plaisir de pouvoir discuter de ce qu'il contient avec vous et les personnes intéressées au sein des administrations et des collectivités publiques.

Veuillez agréer, Monsieur le Sous-ministre, l'assurance de mes sentiments distingués.

Le coordonnateur provincial,

Tyrone S. Turner, M.D., C.M.F.C.

APERÇU PRÉLIMINAIRE

Créé en 1981, le Bureau du défenseur des droits des malades psychiatriques a été placé sous l'égide d'un coordonnateur provincial, le docteur Tyrone Turner, qui entra en fonction en novembre 1982. En mai 1983, onze défenseurs étaient à l'oeuvre dans les dix hôpitaux psychiatriques de la province pour conseiller les malades et le personnel au sujet des droits des patients et pour donner suite aux instructions des malades aux prises avec certains problèmes, en quête de renseignements ou ayant des plaintes à faire valoir.

Les hôpitaux ainsi desservis sont les suivants : Hôpital psychiatrique de Brockville, Hôpital psychiatrique de Kingston, Hôpital psychiatrique de Whitby, Queen Street Mental Health Centre, Hôpital psychiatrique de Hamilton, Hôpital psychiatrique de London, Hôpital psychiatrique de St. Thomas, Hôpital psychiatrique de Lakehead, Hôpital psychiatrique de North Bay et Centre de santé mentale de Penetanguishene.

Pendant leur première année de travail, les défenseurs ont aidé plus de 2 200 malades sur un total de 12 700 admis dans l'année dans les hôpitaux psychiatriques de la province, qui comptent au total quelque 4 000 lits.

Lorsque le bureau fut créé, on le chargea notamment d'évaluer le programme par rapport à son efficacité et à son ampleur, en vue de le faire évoluer dans le sens du principe d'égalité qui préside à la Charte des droits et libertés mise en vigueur le 17 avril 1985.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos..... i

Introduction et revue générale..... 1

Étude de cas..... 7

Analyse des droits des malades..... 12

Réalisation du programme - Revue statistique..... 19

Tableaux..... 23

État financier..... 32

Le présent rapport s'appuie sur l'analyse du programme mis en oeuvre pendant l'exercice 1983-1984.

AVANT-PROPOS

Le Bureau du défenseur des droits des malades psychiatriques a vu le jour en partie à cause d'un débat passionné qui a amené, en 1981, le réseau des services de soins psychiatriques à discuter s'il fallait promulguer les deux derniers articles de la Loi sur la santé mentale de 1978.

Il s'agissait des articles 66 et 67.

L'article 66 de la loi stipulait que le médecin traitant, lorsqu'il remplit un certificat d'admission involontaire ou de renouvellement, devait aviser par écrit le malade concerné et le directeur local de l'aide juridique. De plus, cet article donnait au malade le droit à une audience devant le conseil régional de révision. Ce conseil régional de révision est un tribunal administratif créé en vertu de la Loi sur la santé mentale.

Les dispositions de l'article 67 de la loi étaient destinées à substituer à l'absence de formes rigoureuses régissant l'audience devant le conseil régional de révision, un modèle de délibérations plus strict, se rapprochant de celui en usage dans les cours de justice où il est de rigueur d'appliquer les preuves traditionnelles à la justice naturelle.

Beaucoup de consommateurs et de fournisseurs de services de santé mentale approuvèrent l'esprit de ces deux articles. Mais à la suite de consultations appronfondies avec nombre de groupes, le ministre de la Santé estima que le réseau des services serait plus apte à s'adapter à cette nouvelle procédure si elle était mise en place progressivement, par étapes.

À l'époque, la majorité du corps professionnel médical estimait qu'il fallait envisager la maladie mentale dans une perspective médicale avant toute chose, et non comme une question juridique ou de tutelle. Ces professionnels déclarèrent que l'objectif poursuivi était la santé et la guérison, et non des "droits" et des comparutions en justice.

Parallèlement, des gens de loi et des groupes de défense des consommateurs faisaient valoir avec autant de conviction que le dispositif prévu pour l'admission involontaire des malades non criminels dans les établissements psychiatriques devait être assorti de procédures légales et de mesures empêchant l'abus.

Les arguments pour la promulgation prirent plus de poids à l'approche de l'entrée en vigueur, en avril 1985, de la Charte des droits et libertés de la nouvelle Constitution canadienne, dont un article allait permettre d'étendre l'ensemble des droits humains aux personnes handicapées au plan psychiatrique ou autre.

En effet, la nouvelle Constitution a pour partie intégrante une Charte des droits et libertés par laquelle l'État garantit l'autodétermination individuelle aux citoyens. L'article 7 de la charte, entre autres, offre une garantie majeure qui assure aux Canadiens le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne.

Le 17 avril 1985, l'article 15 de la charte étendit ces protections à toutes les personnes, sans égard à leur sexe, âge, religion, origine nationale ou ethnique, couleur, race ou handicap physique ou mental.

En ce qui concerne les services de santé mentale, ces nouvelles dispositions de la charte auront probablement pour conséquence de favoriser l'uniformisation des garanties touchant la liberté, le droit de disposer de son propre corps, les questions se rapportant à l'internement psychiatrique et le droit de refuser un traitement.

Les questions connexes, telles les garanties portant sur l'isolement, la contention, les communications, les privilèges et les contraintes, seront aussi sujettes à un examen judiciaire sous la nouvelle loi.

Ainsi, les droits de la personne retenant de plus en plus d'attention et le retentissement éventuel de la charte étant à prévoir, il apparut prioritaire au ministère de la Santé, vers le printemps de 1982, d'adopter un programme pragmatique visant à introduire dans les services de santé mentale les protections inscrites dans la charte.

Or, l'expérience avait déjà révélé que les droits civiques et humains ne s'implantaient que superficiellement dans les établissements psychiatriques.

Cette absence d'implantation véritable s'explique peut-être par divers facteurs, c'est-à-dire : le handicap du malade; les effets régressifs de l'hospitalisation chez les sujets; la nette disproportion entre le pouvoir du malade et celui du professionnel traitant; enfin, l'habitude dans les services de santé mentale de tout axer sur les soins et de se désintéresser de la violation des droits.

Par ailleurs, le mécontentement du grand public à l'égard des services de santé mentale fut avivé par trois décès survenus en 1980 et 1982 dans des hôpitaux psychiatriques en Ontario et dont la presse a fait grand cas, si bien que les enquêtes subséquentes du coroner ont mobilisé les bénéficiaires, les organismes bénévoles et les groupes de défense des droits individuels à former une coalition extrêmement visible qui a exercé de fortes pressions pour la création d'un programme externe de défense des droits des malades en établissement psychiatrique.

Au début de 1982, malgré les restrictions des dépenses publiques, le ministre de la Santé répondit à ces inquiétudes en consacrant davantage de fonds à un train de réformes dans les services de santé mentale, lesquelles comportaient la création de conseils consultatifs communautaires auprès des hôpitaux psychiatriques provinciaux; de nouveaux programmes communautaires de soins psychiatriques; une réorganisation de l'administration des services de santé mentale au sein du ministère; et un nouveau programme de défense des droits des malades psychiatriques.

Le programme de défense des droits fut le premier dispositif panprovincial au Canada visant à défendre les droits de la personne chez les malades psychiatriques et il fut accueilli favorablement par le public et les groupes de protection des droits des malades.

Ce nouveau programme de défense des droits étendait la protection des droits humains à tous les malades hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux,

soit à environ 12 700 des quelque 53 000 personnes traitées par les établissements psychiatriques en Ontario entre avril 1983 et mars 1984. En Ontario, environ 7 000 lits au total sont occupés par des personnes nécessitant une forme quelconque de soins psychiatriques. À l'heure actuelle, les défenseurs des droits des malades dispensent des services à 57% de ces 7 000 alités.

Pour que le Bureau du défenseur des droits des malades psychiatriques puisse suivre l'évolution des situations et des besoins des personnes concernées, le programme a reçu un mandat général.

En somme, les défenseurs des droits des malades devaient :

- faire progresser le respect des droits humains à l'endroit des malades psychiatriques dans tous les hôpitaux psychiatriques de la province;

- renseigner le malade, sa famille, les employés de l'hôpital et la communauté sur les droits de la personne et sur les droits conférés par la loi;

- assister, faciliter les choses et aider à résoudre les plaintes formulées par les malades psychiatriques;

- assister les malades dans leurs plaintes et ouvrir la voie à des solutions en négociant suivant les instructions du malade;

- diriger les malades, au besoin, vers d'autres moyens de défense existant dans la communauté, tels les organismes communautaires, avocats ou médecins aptes à faire une seconde évaluation psychiatrique; et

* évaluer le programme pour recommander des changements aux services afin de les faire progresser de manière à ce qu'ils respectent les principes de la charte dès le printemps 1985.

Au départ, les défenseurs des malades ont été placés en relation d'échange avec le ministère de la Santé afin qu'ils puissent commencer leur travail de défense "de l'intérieur" du système, avec l'appui total du ministre et du sous-ministre de la Santé.

Cependant, il était essentiel pour le programme que les défenseurs soient indépendants des hôpitaux où ils oeuvrent, et qu'ils relèvent directement du coordonnateur provincial dirigeant le Bureau du défenseur des droits des malades psychiatriques, lequel relève lui aussi directement du sous-ministre de la Santé.

Enfin, l'indépendance du programme devant être assurée par un organe intermédiaire, le ministre a créé en outre le Comité consultatif du Bureau du défenseur des droits des malades psychiatriques, lequel est composé de bénéficiaires et de fournisseurs de services pour la santé mentale, ainsi que des défenseurs dont certains ont une formation juridique et d'autres une formation générale.

Ce comité s'est vu confier plusieurs responsabilités : conseiller le coordonnateur provincial; soumettre des rapports périodiques au ministre et au sous-ministre sur les progrès réalisés; enfin, formuler des recommandations sur les modifications à apporter au programme, quant à son objet et à sa forme.

L'une des principales tâches que le programme devait commencer par accomplir consistait à recueillir des renseignements, au sein même des administrations, au sujet des violations des droits et de leur protection, puis à établir s'il y avait lieu de promulguer les articles 66 et 67 de la Loi sur la santé mentale.

Comme ces articles étaient sujets à controverse pour certains membres du personnel des hôpitaux psychiatriques, les défenseurs des malades ont d'abord pris le temps de recueillir des données, d'expliquer les questions relatives aux droits de la personne et d'expliciter l'effet que la Charte des droits et libertés aurait sur le réseau des services après le printemps 1985.

Après avoir bien étudié les données, dont certaines figurent dans les tableaux des pages 23 à 31, le Bureau du défenseur des droits des malades psychiatriques a recommandé que les dispositions prévues dans les articles 66 et 67 pour protéger les droits soient promulguées, car elles sont une étape de l'évolution menant au respect de la Charte des droits et libertés.

Le 1er mars 1984, le ministre de la Santé donna suite à notre recommandation et ces deux articles législatifs prirent force de loi.

Comme en témoigne ce rapport, nous avons parcouru beaucoup de chemin en quelque onze mois. Les défenseurs ont eu un effet significatif sur le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques provinciaux et sur le degré de sensibilisation aux droits des malades chez le personnel et les patients.

Comme en témoigne ce premier rapport du Bureau du défenseur des droits des malades psychiatriques, nous avons encore une longue route à parcourir pour mettre en place un dispositif plus noble et acceptable au plan juridique en ce qui concerne la façon de traiter le malade mental à tous les échelons du réseau des services de santé mentale.

Le Bureau du défenseur des droits des malades psychiatriques a ceci de particulier qu'il est sujet à une révision externe sous la direction d'un comité directeur indépendant.

L'Ontario est la première province au Canada à s'être dotée d'un régime panprovincial pour les droits des malades et nous avons raison de nous en féliciter. Toutefois, si nous nous reposons sur nos lauriers, nous risquons de perdre le terrain acquis pour faire avancer la cause des personnes atteintes de troubles psychiques.

Les membres du comité consultatif, qui sont tous des bénévoles, ont donné aux défenseurs et au ministère des avis et des conseils très précieux au cours des onze derniers mois. C'est au nom de tous les défenseurs des malades dans la province que je les remercie de leur concours inestimable. De plus, je remercie les centaines de bénéficiaires et de fournisseurs de soins psychiatriques, ainsi que les défenseurs qui ont souvent apporté leur soutien inébranlable, tant en esprit qu'en action.

Tyrone S. Turner, M.D., C.M.F.C.
Coordonnateur provincial
Bureau du défenseur des droits des malades psychiatriques

REVUE GÉNÉRALE

Le Bureau du défenseur des droits des malades psychiatriques s'est fait connaître auprès des malades dans les 10 hôpitaux psychiatriques de l'Ontario.

Il ne fait aucun doute que bien des améliorations peuvent être apportées pour amener les services aux malades mentaux à un niveau plus humain, mieux approprié et plus acceptable en regard de la norme juridique. Après notre première année, il est également certain que les défenseurs des malades peuvent jouer un rôle clé en orientant et en exerçant des pressions pour que soit amélioré le système des soins psychiatriques.

On estime que, dans une année donnée, huit pour cent ou plus des habitants de l'Ontario reçoivent des services médicaux suite à un diagnostic psychiatrique. Ce nombre est égal à la part de la population qui reçoit des services médicaux sans rapport avec la psychiatrie.

La génération de l'explosion démographique a maintenant entre 25 et 45 ans, soit la catégorie d'âge qui recourt le plus aux services des établissements psychiatriques; l'ensemble de la population vieillit et cela comporte des conséquences notables pour les services psychogériatriques. On estime que le nombre de personnes qui cherchent de l'aide une fois dans leur vie pour surmonter un problème de santé mentale se situe entre une personne sur quatre et une personne sur sept.

Le public a changé d'attitude à l'égard des troubles mentaux et des services de santé mentale. Il n'accepte plus de mettre tout simplement à l'écart les personnes souffrant d'une maladie mentale. Par conséquent, la qualité du service doit également changer et progresser sans cesse si l'on veut apaiser l'opinion publique et satisfaire les besoins croissants des bénéficiaires.

Ces dernières années, le public et les médias ont pris *péniblement* conscience de ce que trop souvent les patients sont renvoyés dans la cómmunauté sans soutien suffisant pour qu'ils puissent subvenir à leurs besoins en matière de logement, de santé et de vie sociale. La société se rend maintenant compte que l'on ne peut pas renvoyer un malade psychiatrique d'un hôpital par la seule vertu des médicaments. Le malade a d'autres besoins.

Les médias ont rapporté des cas révélant que l'internement d'un malade mental peut être injuste et que les normes actuelles de traitement sont parfois inadéquates, et même dangereuses. Parmi ces cas il y a celui d'un Néo-Brunswickois qui a passé 16 ans dans des établissements psychiatriques après qu'il fut déclaré incapable de subir un procès pour tentative de vol d'un sac à main lorsqu'il avait 19 ans. Il y a aussi le cas d'un Torontois décédé dans un établissement psychiatrique après qu'on lui eut administré des doses exceptionnellement massives de médicaments.

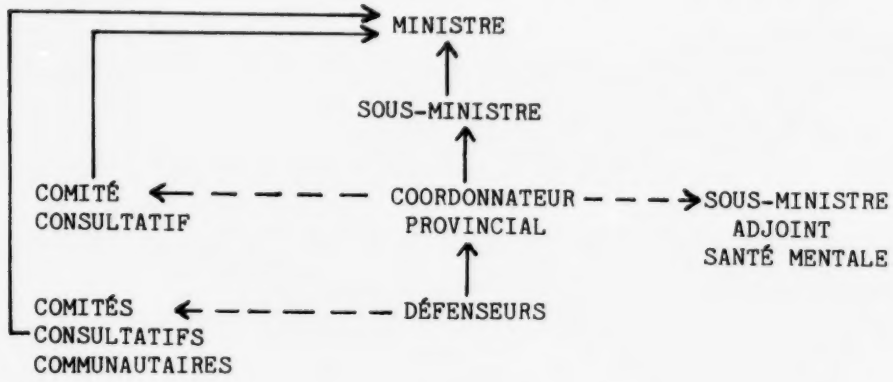
Les problèmes auxquels les malades sont exposés dans les établissements psychiatriques sont connus du public. Par son regard scrutateur et sa volonté de mieux comprendre les problèmes touchant les services de santé mentale, le public a provoqué une baisse du moral chez les employés de ces établissements.

Le Bureau du défenseur des droits des malades psychiatriques a été créé par le ministère de la Santé de l'Ontario comme l'un des éléments d'un train de réformes au début de 1981.

En novembre 1982, le docteur Tyrone Turner fut nommé par le ministre coordonnateur provincial du Bureau du défenseur. En mai 1983, onze défenseurs furent embauchés parmi plus de 900 postulants. Les onze candidats avaient tous une expérience de travail dans des établissements psychiatriques ou avec des malades psychiatriques.

Le D^{r} Turner reçut en outre la tâche d'élaborer un programme pour la défense des droits, ce qui détermina le travail que les nouveaux défenseurs eurent à effectuer dans les dix hôpitaux psychiatriques provinciaux.

Le schéma suivant montre les rapports d'organisation et de responsabilité, ainsi que la structure du Bureau du défenseur des droits des malades psychiatriques.



- - - - correlation administrative
_____ correlation de programme (politique)

Les défenseurs des malades ont eu pour principales fonctions de faire enquête à propos des inquiétudes, demandes de renseignements et plaintes, de mettre les malades en rapport avec des conseillers juridiques ou des organismes de soutien communautaire et de proposer au ministère des moyens d'améliorer les soins pour la santé mentale.

Le Bureau du défenseur a été conçu sur un modèle général qui a ouvert le champ à l'élaboration permanente de règles de conduite et à des améliorations structurelles. Nous estimons que la souplesse inhérente au bureau a été avantageuse parce qu'elle nous a permis de progresser et de planifier par l'expérience concrète. Nous avons appris et nous avons établi les fondations de ce bureau à partir de notre expérience acquise dans "l'unité de soins".

Le programme procède surtout par réaction. Nous apprenons aux malades et au personnel de l'hôpital quelles sont nos fonctions par des affichés, des brochures et le bouche à oreille, et les cas nous sont référés par la famille, les amis, les employés et les autres malades. Nous n'agissons que sur les instructions du client/malade. Or, cela exclut de servir les malades de type psychogériatrique, parce qu'ils sont incapables de se déplacer et ne peuvent se rendre chez le défenseur aussi facilement que les autres malades.

Cela veut dire que la plupart de nos travaux actuels concernent ce qui touche les malades hospitalisés qui ont exprimé des plaintes et nous ont donné des instructions.

Nous favorisons les solutions locales aux problèmes, par des entretiens et des négociations entre le personnel hospitalier et les malades. À mesure que nous acquérons de l'expérience et que notre programme mûrit, nous voyons se dessiner des questions plus générales.

PREMIÈRES MESURES

Dans chaque hôpital, un défenseur des malades et un secrétaire forment le bureau local de défense des droits des malades et ils rendent compte directement au coordonnateur provincial. Ils agissent de façon indépendante dans chaque hôpital.

L'article 5 de la Loi sur la santé mentale accorde aux défenseurs plein droit d'accès aux lieux, aux malades et aux documents. Cependant, le programme ne dispose d'aucun recours ou pouvoir contraignant qui l'investirait d'une compétence légale de son propre chef. Dès le départ, il était évident que la réussite de notre programme allait dépendre entièrement de la mesure dans laquelle le personnel et les administrateurs de l'hôpital voudraient bien respecter les défenseurs des malades et coopérer avec eux.

Pendant notre première année de travail, nous avons éprouvé des difficultés. Certains employés dans les hôpitaux ont ressenti la mise en place de ce programme comme une menace éventuelle. Par contre, d'autres nous ont accueilli favorablement au même titre que les autres mesures nouvelles adoptées par le gouvernement.

Dans les établissements, le personnel a fourni aux défenseurs maintes occasions de décrire le programme, d'expliquer les droits des malades et de faire valoir ce que le Bureau du défenseur des droits des malades peut réaliser comme changement approprié.

Bien qu'il y ait eu au commencement certaines confrontations et quelques réticences à accepter le programme, la coopération avec le personnel hospitalier a grandi et a apporté plus d'efficacité à la défense des droits des malades. Ainsi, par exemple, le personnel soignant réfère souvent des malades aux défenseurs quand il est question de droits et prérogatives.

LES DÉFENSEURS

Entre novembre 1982 et mai 1983, onze défenseurs des malades ont été choisi parmi quelque 900 postulants. Un défenseur a été affecté à chacun des dix hôpitaux psychiatriques provinciaux en Ontario (et un deuxième au Queen Street Mental Health Centre), avec mission d'être les porte-parole des malades hospitalisés et d'apprendre à leur contact. Les défenseurs des malades sont des personnes très qualifiées.

On compte parmi eux une doctoresse en psychologie clinique également avocate; deux infirmières autorisées en soins psychiatriques, dont l'une a ses titres de compétence en travail social et l'autre a été infirmière en chef dans un hôpital psychiatrique provincial; deux travailleurs sociaux; deux anciennes enquêtrices du bureau de l'Ombudsman de l'Ontario; une ancienne négociatrice syndicale; une ancienne agente de relations publiques titulaire de distinctions pour son travail en faveur des droits humains; un avocat ayant une vaste expérience de conseil auprès de malades psychiatriques; et un conseiller formé au service pastoral.

Tous les défenseurs ont reçu une formation spéciale avant de commencer leur travail. Cette formation fut dispensée par des juristes, des défenseurs des consommateurs, des psychiatres de l'Institut Clarke de psychiatrie et d'autres spécialistes du domaine médical et juridique. La formation et le perfectionnement du personnel est assurée en permanence.

Les défenseurs allient une connaissance solide des maladies psychiatriques aux talents du négociateur. Ils possèdent une connaissance approfondie des protections se rattachant aux droits humains et y ajoutent un savoir spécialisé en questions juridiques et para-juridiques. On les encourage à élaborer des stratégies pour résoudre les questions locales à l'intérieur de l'hôpital. Par ailleurs, au niveau central, ils proposent et étudient des stratégies qui, une fois appliquées, peuvent modifier profondément le système en vigueur dans tous les établissements de la province.

ÉTUDE DE CAS

LES ÉTABLISSEMENTS -
LA RÉALITÉ :

Les dix hôpitaux psychiatriques de l'Ontario ont donné des soins, puis leur congé, à environ 12 700 malades durant la première année de notre programme. Les défenseurs ont agi au nom de plus de 2 200 clients pendant cette même période, résolvant ainsi de nombreux problèmes.

Certains bénéficiaires ont des affections chroniques, d'autres seulement passagères, qui sont souvent des maux contemporains typiques dûs au stress. Les malades psychiatriques doivent faire face aux difficultés d'adaptation au milieu institutionnel, de même qu'à la réalité de leur état psychologique initial.

D'ordinaire, le malade doit s'adapter à une perte de contrôle réelle et aux perturbations dans ses habitudes de vie quotidienne. Le malade doit en outre renoncer à l'équilibre des pouvoirs et il subit des contraintes dans l'expression de ses désirs et de ses plaintes.

Les trois études de cas suivantes montrent la diversité et la complexité des problèmes qui accablent nos clients.

1. Perte de contrôle

La condition de malade est souvent marquée par l'impuissance. Sur la foi de l'avis d'un psychiatre, une personne peut être emmenée de chez elle, séparée de sa famille ou de son milieu de travail. On peut lui enlever tout contrôle sur ses finances, on peut l'empêcher de se marier, de divorcer, d'avoir la garde de ses enfants, de conclure un contrat, de conduire une automobile, de voter.

Une femme divorcée de 31 ans fut admise dans un hôpital psychiatrique provincial dans un état de schizophrénie aigue. Il fallut éviter de lui administrer des médicaments psychotropes avant qu'elle n'accouche de son enfant, quatre mois plus tard.

La mère accoucha. Le lendemain de son premier jour de médication, elle comparut en cour provinciale, division de la famille, pour être interrogée. Elle n'avait aucun avocat et l'enfant ne bénificiait d'aucune représentation légale.

Son enfant fut déclaré pupille de la Couronne dès la première requête des autorités demandant que l'enfant soit séparé de sa mère. Plus tard, cette femme ne pouvait pas se rappeler être allée en cour et ignorait qu'elle avait été dépossédée en permanence de son enfant.

Avant même que le défenseur des malades n'apprenne cette situation, l'enfant avait été placé en adoption. Le défenseur aida à obtenir un avocat de l'aide juridique et, après quelques mois, la tutelle de la Couronne fut infirmée.

2. Vie quotidienne

Un personne peut être retenue dans un hôpital sans qu'on lui en donne les raisons; on peut exiger, par la force même, qu'elle prenne des doses massives de médicaments sans savoir ce qu'ils sont ou quels effets ils peuvent produire.

Une fois hospitalisé, le malade doit, parfois sous l'effet de la contrainte, adopter tel modèle de comportement non seulement parce qu'il lui faut se conformer à l'idée que la majorité se fait de la "santé mentale" ou d'une conduite "normale", mais encore parce qu'il doit satisfaire le besoin d'ordre dans l'établissement.

Le malade cesse de prendre des décisions élémentaires en rapport avec la vie : il obéit à des règles qui lui dictent quand se lever, quand manger, quoi porter, quels visiteurs voir, quand se servir du téléphone et combien il peut dépenser de son argent personnel. Le malade peut être autorisé ou non à sortir de sa chambre, de son unité, ou à faire des sorties dans la localité.

Un homme a passé presque 10 ans dans un hôpital à sécurité maximum.

Ayant commis un vol avec voies de fait, il avait été enfermé en vertu d'un mandat décerné par le lieutenant-gouverneur.

Un médecin soumit le cas à l'attention du défenseur des malades qui découvrit que l'infraction consistait à avoir volé des poches de quelqu'un et à s'être battu avec un copain avec qui il buvait. Si le délinquant avait plaidé coupable à l'époque, il aurait écopé, au pire, d'une peine de prison inférieure à deux ans.

Pour les 10 années que cet homme a passées à l'hôpital, son dossier ne mentionne aucun comportement violent et, bien qu'il se soit échappé de plusieurs hôpitaux, il est toujours revenu de son propre chef. Son problème principal était l'alcool.

D'abord, le défenseur a trouvé cet homme apathique. Il y avait des points à éclaircir relativement à ses diagnostics et traitements. Ces questions furent portées à l'attention du médecin traitant.

Le défenseur a trouvé un avocat et le médecin traitant a interrompu la médication. Le malade est devenu plus éveillé et s'est intéressé davantage à ses problèmes.

3. Équilibre des pouvoirs - Les objections et les plaintes

L'établissement a le pouvoir d'imposer ses décisions. Par ailleurs, il arrrive souvent que les malades ignorent qu'ils ont aussi des droits.

À l'automne 1983, un sondage sommaire fut effectué auprès des malades hospitalisés dans l'un des hôpitaux psychiatriques provinciaux. Il en est ressorti que 50 % des malades ignoraient qu'ils ont le droit fondamental d'en appeler à l'extérieur de leur certificat d'internement.

Une plainte, un souhait, une préférence que le malade exprime peuvent être interprétés par un employé comme un signe psychopathologique. Résister à l'hospitalisation, c'est s'exposer à être perçu comme quelqu'un qui "refuse de comprendre" ou "qui manque de jugement". S'opposer à un traitement, c'est risquer d'être classé comme quelqu'un qui "refuse toute aide" ou qui "cherche l'attention".

Les défenseurs des malades ont observé chez les malades de l'angoisse et de la peur, état attribuable en partie à l'absence de choix pour les personnes hospitalisées. Ils ont observé que les malades étaient réticents à exprimer leurs désirs ou à réclamer leurs droits, de crainte que leur traitement ne soit administré avec plus de coercition.

Un célibataire de 21 ans a été recommandé au service de consultation externe d'un hôpital psychiatrique par un psychologue pour y subir un examen psychiatrique et y être admis au besoin.

Il avait des antécédents d'alcoolique et de drogué. Il dit qu'il était venu volontairement à l'hôpital sur les conseils d'un parent en vue d'une "consultation neurologique". Il accepta de se faire hospitaliser. Mais après une nuit à l'hôpital, il changea d'avis et voulut partir.

C'est alors que son médecin décida de remplir le certificat de la formule 3, qui déclare le patient dangereux pour lui-même, sous la catégorie "affaiblissement physique imminent et grave". Les observations sur la formule déclaraient que "le malade est très paranoiaque, car il pense que les gens veulent lui faire du mal, surtout pendant son sommeil. Il pense qu'il sera molesté sexuellement."

Le malade fut déclaré involontaire pour deux semaines.

Le médecin était si fermement convaincu que son patient avait besoin d'être traité qu'il chercha à obtenir une ordonnance de traitement auprès du conseil de révision. L'ordonnance fut refusée parce que le médecin ne réussit pas à obtenir une deuxième opinion d'un psychiatre corroborant la nécessité de l'ordonnance.

Le client appela le défenseur des malades et lui demanda de l'aider à comparaître devant le conseil de révision et à trouver un avocat. Dix jours plus tard, il fut entendu par le conseil régional de révision, qui décida de révoquer le certificat d'admission involontaire.

L'injustice dans ce cas-ci provient directement de l'usage impropre de la formule 3, l'examen des faits ayant révélé que le client avait quitté récemment un club de motocyclistes où il avait eu de mauvaises expériences -- notamment il avait été molesté sexuellement alors qu'il était sous l'influence de drogues.

ANALYSE DES DROITS DES MALADES

Le Bureau du défenseur des droits des malades est le premier système panprovincial du genre au Canada et c'est pourquoi il a fallu établir des règles et des définitions de base. Un domaine clé fut d'identifier et de définir les droits des malades.

Nous avons vite compris que si nous devions définir la défense des droits des malades psychiatriques comme un acte purement juridique, cela pourrait beaucoup contribuer à procurer un meilleur accès aux protections offertes par la justice naturelle aux personnes qui ne veulent pas être hospitalisées ou recevoir tel traitement. Cependant, une définition aussi étroite pourrait priver de service les hospitalisés volontaires dont les sujets d'inquiétude se rapportent, par exemple, à leur traitement et aux conditions à l'hôpital.

Pour cette raison, nous avons réparti les droits des malades en trois ordres :

Autodétermination ou défense d'ordre juridique

Y figurent :

- le consentement éclairé
- l'accès aux dossiers cliniques
- l'information sur les droits du malade
- la révision de l'internement
- l'accès aux services juridiques
- la détermination de l'incapacité
- le traitement obligatoire
- les moyens de contention

Nous donnons ci-dessous un exemple d'une défense d'ordre juridique :

Un homme de 36 ans, dont le diagnostic indiquait un abus de substance chimique et un comportement suicidaire, fut transféré sur certificat de renouvellement (formule 4) d'un établissement de soins primaires. Peu après son admission, lorsque le défenseur des malades l'interviewa, il manifesta beaucoup de colère de se voir retenu à l'hôpital et s'enquit comment il pouvait sortir. Le défenseur le renseigna de façon générale sur sa situation de malade involontaire et lui expliqua que le certificat pouvait être levé par le médecin traitant, s'il le jugeait bon, ou que le malade pouvait faire une demande de révision du certificat par le conseil régional de révision. Le défenseur lui expliqua les formalités de révision par le conseil, il répondit à ses questions et lui indiqua la date de la prochaine audience prévue.

Le lendemain, le malade avisa le défenseur qu'il allait attendre et voir si le médecin laisserait le certificat arriver à terme (5 jours plus tard). Il précisa que si le certificat était renouvelé, il demanderait une audience le mois suivant.

Le certificat fut renouvelé. Le client demanda au défenseur de l'aider à remplir la demande et de communiquer avec un avocat en son nom. Il mentionna trois avocats, dans l'ordre, avec qui communiquer pour le représenter. Le premier avocat sur sa liste était disponible et les dispositions furent prises pour une entrevue entre l'avocat et le malade avant l'audience. Le défenseur vit brièvement le client après l'audience; celui-ci lui indiqua que l'audience s'était bien passée et qu'il était satisfait de l'exposé judiciaire de son cas.

Trois jours après, le défenseur a croisé le client qui s'en allait une valise à la main. Le conseil de révision avait levé le certificat et le client avait reçu son congé le jour même. Le défenseur s'est assuré que le client avait le numéro de téléphone du travailleur social chargé d'aider les malades mis en congé et il l'a encouragé à appeler cette personne s'il avait besoin d'aide pour s'installer.

Qualité des soins ou défense d'ordre thérapeutique

Y figurent :

- les choix thérapeutiques
- l'opinion d'un deuxième professionnel
- le choix d'un personnel de soins primaires
- les garanties cliniques
- les renseignements au sujet du traitement/la fréquence de l'accès au médecin
- les plans de mise en congé
- la supervision appropriée

Nous donnons ci-dessous un exemple d'une défense d'ordre thérapeutique :

Une femme de 48 ans fut hospitalisée. Un mois environ après son admission, on modifia l'horaire de sa médication et cela amena la malade à refuser de prendre le traitement.

À l'origine, la malade prenait quatre comprimés de lithium par jour et du Loxapac au coucher. Elle recevait également une injection de Haldol aux quinze jours et de la Cogentin au besoin. Elle cessa de prendre les médicaments quand on rajusta la distribution à trois comprimés de lithium le soir et un le matin. Elle dit à son médecin qu'elle voulait prendre quatre lithium le jour, comme avant.

Le défenseur des malades alla voir le médecin. Suivant les instructions de la cliente, le défenseur lui demanda d'expliquer pourquoi il avait prescrit une forte dose pour le coucher.

Le médecin s'entêta à dire que la malade savait déjà la raison de cette médication et qu'elle faisait de la "manipulation et jouait un jeu". Le médecin déclara tout net qu'il appartenait uniquement au médecin de décider du traitement à donner au malade.

Le défenseur rappela que la malade ne refusait pas la médication prescrite mais voulait seulement faire changer les heures. Quoi qu'il en fut, le médecin refusa de faire un quelconque rajustement.

Sur les instructions de la cliente, le défenseur discuta du problème avec l'infirmier responsable de la malade. L'infirmier du soir a bien voulu prendre le temps de discuter à fond du problème avec la malade. Le lendemain, ce cas fut signalé à l'équipe soignante qui décida que la médication de notre cliente serait modifiée ainsi qu'elle le souhaitait.

Cela est un exemple d'un cas où le défenseur des malades a mené à bien des négociations visant à des changements à l'intérieur du système, lesquels se font parfois avec l'appui de l'équipe soignante.

Il a été délicat d'entreprendre la défense sur le plan thérapeutique. Lorsqu'ils transigent avec le personnel soignant, les défenseurs doivent toujours établir clairement qu'ils agissent sur les instructions du client, qu'ils expriment les inquiétudes du malade. Trop souvent, l'intérêt que les défenseurs prennent aux choses thérapeutiques a été perçu comme antithérapeutique - parce qu'il perturbe la relation entre le malade et le médecin, et qu'il s'oppose à l'aptitude du médecin à traiter et guérir.

Néanmoins, cette application particulière du rôle de défenseur est en train dé s'affirmer tout doucement. Il est important que le Bureau du défenseur des droits des malades psychiatriques continue d'aider les malades à obtenir le genre et la qualité de traitement qu'ils souhaitent.

Qualité de la vie ou défense d'ordre social

Y figurent :

- les privilèges
- le statut économique
- la vie privée et les choses confidentielles
- la sécurité personnelle des malades et celle de leurs biens
- la reconnaissance de l'individualité
- l'accès aux services religieux
- les contacts avec les parents et amis
- les services dans la langue maternelle du malade

Nous donnons ci-dessous deux exemples d'une défense d'ordre social.

Ce cas concerne une demande de prestations d'assurance-chômage faite par un malade hospitalisé volontairement en raison d'une dépression grave. Le client avait accumulé un nombre suffisant de semaines d'emploi pour avoir droit aux prestations de chômage, mais non aux prestations de maladie, conformément à la Loi sur l'assurance-chômage.

Au cours de la procédure d'appel, le défenseur a aidé le client en négociant directement avec le bureau d'Emploi Canada.

Ses efforts permirent d'obtenir d'Emploi Canada l'assurance que les prestations seraient versées au client si le psychiatre estimait que son client était "prêt et disposé à travailler, et capable de le faire".

Le psychiatre convint qu'un emploi rémunéré serait bénéfique au plan thérapeutique, bien qu'il recommandât aussi de maintenir l'hospitalisation du malade. À la demande du défenseur, le psychiatre écrivit à Emploi Canada pour indiquer que le client était prêt à travailler et capable de le faire. Ainsi, la demande de prestations fut acceptée.

Ce cas offrait un double avantage objectif : En premier lieu, il créait un précédent établissant que les prestations d'assurance-chômage pouvaient être versées à un patient hospitalisé dans un établissement psychiatrique. En deuxième lieu, il fournissait l'occasion à un défenseur et à un psychiatre de travailler ensemble, ce qui diminuait un peu la tension que le rôle du défenseur suscite parfois.

Une femme de 40 ans ayant depuis longtemps une maladie maniaco-dépressive perdit son emploi et sa demande de pension d'invalidité suivant les dispositions de la Loi sur la pension du Canada fut rejetée. Le médecin demanda au défenseur des malades de voir cette patiente et de l'aider à faire appel de la décision.

Les rencontres avec le travailleur social chargé des questions professionnelles révélèrent que la cliente avait été congédiée parce qu'elle travaillait de moins en moins bien, de sorte qu'il arriva un point où son employeur ne put la garder plus longtemps. Cette femme a une capacité intellectuelle très limitée et ne possède aucune compétence professionnelle.

Le médecin mentionna que, même si la maladie de sa cliente était relativement maîtrisée grâce aux médicaments, cette femme est incapable de supporter le stress ou le changement - cause de ses nombreuses hospitalisations.

Sa misère, due à la perte de son emploi, fut un facteur important ayant contribué à son hospitalisation, qui risquerait de se prolonger ou de se répéter. Le médecin estimait cette femme incapable de se chercher un nouvel emploi et qu'il était improbable qu'elle puisse occuper un emploi dans un avenir prévisible.

En consultation avec le travailleur social, le médecin et la malade, un rapport médical, une évaluation des aptitudes professionnelles et une lettre rédigée par le défenseur furent envoyés à la Commission des pensions du Canada pour demander la révision du dossier.

Le défenseur fit valoir que les personnes invalides à cause d'une maladie mentale devraient avoir autant droit à la pension que les invalides physiques. Il mentionna en outre que la pension permettrait à la malade de se faire soigner dans le milieu le moins astreignant pour celle-ci, c'est-à-dire chez elle.

Cinq semaines plus tard, le cas fut révisé et la malade eut droit à la pension d'invalidité.

La défense sur le plan social, dans les deux cas précités, se rattachait à des formalités particulières et à la volonté d'un fonctionnaire public ou d'un tribunal de se laisser convaincre que les injustices se perpétueront à moins d'appliquer autrement les textes de loi.

Dans beaucoup de cas, il y a une règle, une formalité ou une directive de l'hôpital qui est injuste et qui pénalise nos clients. Ainsi, la réussite de la défense dépend de l'aptitude du défenseur à négocier les cas particuliers ou à convaincre l'administrateur de la nécessité d'une réforme générale. L'administrateur peut être lié par une pénurie de personnel et des contraintes budgétaires l'empêchant de trancher en faveur du client.

Cependant, dans de nombreux autres cas, une audition impartiale de la plainte et un examen de la règle, de la formalité ou de la directive, par des personnes compétentes, peuvent déboucher sur une solution satisfaisante.

RÉALISATION DU PROGRAMME - REVUE STATISTIQUE

Le programme de défense des droits des malades a neuf mois d'existence. Nous avons commencé à constituer des dossiers-clients le 17 mai 1983. À la fin de l'exercice, au 31 mars 1984, nous avons effectué une étude démographique de notre clientèle. Nos données furent confrontées aux données statistiques du ministère de la Santé émanant d'un recensement effectué dans tous les hôpitaux psychiatriques au 31 mars 1983 et des données d'admission à l'hôpital pour l'exercice du 1er avril 1982 au 31 mars 1983.

Durant cette période à l'étude, 2 223 dossiers furent créés et chaque dossier comportait en moyenne 3,5 questions à régler.

L'étude révèle que

- deux tiers de nos clients étaient de sexe masculin, ce nombre étant comparable à la composition de la population admise dans les hôpitaux pendant la même période;
- nos clients se situaient dans le groupe des jeunes malades, c'est-à-dire de moins de 45 ans;
- nos clients, comme on s'y attendait, étaient pour la plupart des hospitalisés involontaires; par ailleurs, nous n'avons pas attiré un nombre exagérément élevé de personnes internées pour des actes criminels, ainsi qu'on aurait pu le supposer;
- les personnes atteintes de psychoses organiques ou associées au vieillissement (incluses dans la population gériatrique) étaient singulièrement sous-représentées parmi notre clientèle.

Pendant notre première année, les défenseurs ont rejoint des malades, des employés, des parents et des amis des clients :

- 68 pour cent de nos clients se sont présentés d'eux-mêmes, sans recommandation;
- 15 pour cent furent recommandés par le personnel hospitalier;
- seulement 9 pour cent furent rejoints par le biais d'une activité de propagande des défenseurs;
- 8 pour cent furent recommandés par d'autres malades, des parents ou des amis.

Les problèmes soulevés par nos clients couvraient au total 68 sujets différents, que nous avons répartis en trois catégories : le plan juridique, le plan thérapeutique, le plan social.

La plupart des questions concernant l'hôpital furent de nature juridique. Par exemple, dans plus de 40 pour cent des cas, les malades ont demandé des renseignements et/ou une intervention à propos des droits conférés par la loi. Les problèmes d'ordre thérapeutique et, en particulier, la planification de la mise en congé et du traitement, ont totalisé 21 pour cent des problèmes internes à l'hôpital.

Les défenseurs réussirent plus souvent à régler leurs questions lorsqu'elles se rapportaient au conseil régional de révision que lorsqu'elles touchaient à tout autre secteur important. Ces questions étaient surtout des demandes présentées par les malades en vue de faire réviser leur certificat d'admission involontaire.

Les défenseurs ferment les dossiers lorsque le cas est mené à sa fin, que le client soit satisfait ou non du résultat. Ils ferment également les dossiers après 30 jours si le client n'a pas communiqué avec eux ou s'il reçoit son congé ou s'il est décédé.

De tous les dossiers fermés :

- 49 pour cent ont donné satisfaction totale ou partielle au client, que ce soit par voie de négociation ou par renvoi à un tiers;
- 15 pour cent n'ont pu réussir à satisfaire le client;
- 11 pour cent ont été abandonnés par le client;
- 25 pour cent concernaient des situations où il s'agissait seulement d'informer et d'éduquer.

Pour les questions d'ordre thérapeutique, il était plus probable de pouvoir les résoudre de façon satisfaisante par la négociation. Toutefois, il était aussi plus fréquent de les abandonner. Les questions d'ordre juridique aboutirent d'habitude au renvoi à un tiers, en

général aux conseils régionaux de révision ou à un conseiller juridique indépendant. Un nombre passablement élevé de questions d'ordre social fut résolu par des négociations.

Les données sur lesquelles les conclusions précédentes sont fondées se trouvent dans les tableaux des pages 23 à 31 du présent rapport.

Les objectifs initiaux du programme ont été atteints à en juger par le succès évident quant à la satisfaction du client et quant à l'absence d'affrontement dans les correctifs choisis par les défenseurs.

TABLEAU 1

Total des dossiers-clients ouverts par les défenseurs des malades
dans les dix établissements psychiatriques de l'Ontario
du 17 mai 1983 au 31 mars 1984
Répartis par groupe sexuel, comparés au tableau comparatif
établi par le ministère de la Santé à propos des malades mentaux
dénombrés par groupe sexuel lors de l'admission entre le 1er avril 1982 et le 31 mars 1983
et par groupe sexuel lors du recensement au 31 mars 1983

	Total des dossiers-clients		Ministère de la Santé			
			admissions		recensement	
Sexe	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Hommes	1425	64	7925	62	2787	62
Femmes	798	36	4838	38	1740	38
TOTAL	2223	100	12763	100	4527	100

TABLEAU 2

Total des dossiers-clients ouverts par les défenseurs des malades
entre le 17 mai 1983 et le 31 mars 1984
Répartis en sept groupes d'âge, exprimés en nombre absolu et en pourcentage
Comparés au tableau comparatif établi par le ministère de la Santé
à propos des malades mentaux
dénombrés suivant les données d'admission entre le 1er avril 1982 et le 31 mars 1983
et suivant les données de recensement au 31 mars 1983

	Total des dossiers-clients		Ministère de la Santé			
			admissions		recensement	
Groupes d'âge	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
0-14	--	--	63	0,4	13	0,3
15-24	427	19	2704	21	644	14
25-34	781	35	3581	28	959	21
35-44	430	19	2341	18	716	16
45-54	285	13	1569	12	574	13
55-64	151	7	1303	10	628	14
65 +	107	5	1201	9	993	22
Indéterminé	42	2	--	--	--	--
TOTAL	2223		12763		4527	

TABLEAU 3

Total des dossiers-clients ouverts par les défenseurs des malades entre le 17 mai 1983 et le 31 mars 1984 Par type de statut comparé au tableau comparatif établi par le ministère de la Santé à propos des malades mentaux suivant les données du recensement au 31 mars 1983 et exprimé en nombre absolu et en pourcentage

	Total des dossiers-clients chez les défenseurs		Ministère de la Santé données du recensement	
Statut	Nbre	%	Nbre	%
Total - Volontaire	595	27	2657	59
Total - Involontaire	1405	63	1870	41
Total - Indéterminé	110	5	--	--
Total - Malade externe	113	5	--	--
TOTAL	2223		4527	

TABLEAU 4

Total des dossiers-clients ouverts par les défenseurs des malades
dans les dix établissements psychiatriques de l'Ontario
entre le 17 mai 1983 et le 31 mars 1984
Suivant l'origine de la recommandation auprès des défenseurs

Origine de la recommandation	Nbre	%
Recommandé par un individu :		
Soi-même	1515	68
Parent	39	2
Ami	11	1
Autre malade	39	2
Autre client	4	0
Personnel infirmier (IA-1, IA-2, IA-3, IAA)	181	8
Médecin	45	2
Psychologue	3	0
Travailleur social	41	2
Recommandé par un groupe :		
Relié au programme	207	9
Autre personnel clinique	15	1
Personnel non clinique	32	2
Administration	8	0
Conseil régional de révision	9	0
Conseil consultatif de révision du lieutenant-gouverneur	0	0
Autres individus ou organismes externes	74	3
TOTAL	2223	100

TABLEAU 5

Dossiers-clients ouverts par les défenseurs des malades
dans les dix établissements psychiatriques de l'Ontario
entre le 17 mai 1983 et le 31 mars 1984
Indication de la façon dont les 1515 clients qui sont venus d'eux-mêmes ont appris l'existence du programme

Sources auprès desquelles les clients qui se sont présentés sans recommandation ont appris l'existence du Bureau du défenseur des droits des malades	Nbre	%
Source individuelle :		
Soi-même (signifie retour d'un ancien client)	48	3
Parent	14	1
Ami	0	0
Autre malade	120	8
Autre client	214	14
Personnel infirmier	84	6
Médecin	22	2
Psychologue	2	0
Travailleur social	12	1
Source collective :		
Reliée au programme	903	62
Autre personnel clinique	1	0
Personnel non clinique	16	0
Administration	1	0
Conseil régional de révision	17	1
Conseil consultatif de révision du lieutenant-gouverneur	0	0
Autres individus ou organismes externes	34	2
TOTAL	1515	100

TABLEAU 6

Au total, 68 questions sont à l'origine de tous les problèmes abordés par les défenseurs des malades; ces questions sont réparties en quatre grandes catégories d'ordre thérapeutique, juridique, social et autres et sont séparées selon qu'elles sont internes ou externes par rapport à l'hôpital.

Questions thérapeutiques	Questions juridiques	Questions sociales	Autres questions
Dans l'hôpital	Dans l'hôpital	Dans l'hôpital	Dans l'hôpital
Admission	Internement	Finances (à l'hôpital)	Information générale
Mise en congé	Conseil régional	Privilèges--généraux	Client veut des renseignements
Communication--client avec médecin	Mandat du lieutenant-gouverneur--conditions	Privil.--téléphone	du personnel
Communication--client avec personnel infirmier	Cons. consult. de rév.	Privilèges--correspondance	Cherche information sur ses droits--matière criminelle
Plan de soins--généralités	Client veut connaître son dossier	Privil.--tabac	Cherche information sur ses droits--propriétaire/locataire
Plan de soins--médication	Avocat--accès au dossier.	Privil.--vêtements	Cherche information sur ses droits--loi sur la santé mentale
Plan de soins--modifier comportement	Obtenir une aide juridique pour les problèmes à l'hôpital	Privil.--autres	Cherche information sur ses droits--autres
Plan de soins--ECT	Traitement--consentement par un tiers	Biens personnels perdus/endommagés	Transfert à l'intérieur de l'hôpital
Plan de soins--MAP	Aide juridique	Logement à trouver	Transfert entre hôpitaux
Plan de soins--Deuxième opinion, de l'extérieur	Litige matrimonial	Autre malade	Refus de divulgation de renseignements au défenseur des malades
Contention--physique		Activités récréatives	Autre question à l'intérieur de l'hôpital
Contention--chimique	Hors de l'hôpital	Nourriture	
Isolement	Obtenir une assistance juridique pour une question indépendante de l'hôpital		Hors de l'hôpital
Thérapie par le travail, les occupations, la profession	Aide juridique	Hors de l'hôpital	Autre question à l'extérieur
Client veut changer le personnel	Obtenir des certificats ou autre documents	Famille	
	Litige matrimonial	Éducation hors de l'hôpital	
matrimonial	Litige pour le bien-être d'un enfant	Finances-conduite	
	Affaire criminelle	Finances--bien-être	
	Conditions de probation	Finances--allocations familiales	
		Finances--hors de l'hôpital	

TABLEAU 7

Total des solutions apportées aux questions en janvier, février et mars 1984, par les défenseurs des malades dans neuf établissements psychiatriques de l'Ontario. Décrites en fonction du degré de satisfaction du client : satisfaction complète partielle, nulle, dossier abandonné et divers par rapport aux catégories d'ordre thérapeutique, juridique, social et autre subdivisées selon le genre de démarche effectuée : négociation ou renvoi

Type de question / Démarche effectuée	Thérapeutique		Juridique		Sociale		Autre		Total	
	Négociation	Renvoi	Négociation	Renvoi	Négociation	Renvoi	Négociation	Renvoi	Négociation	Renvoi
Résultat	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre
Satisfaction complète	103	10	195	39	134	4	76	2	508	55
Satisfaction partielle	23	0	16	25	46	4	16	0	101	29
Insatisfait	32	1	76	35	43	0	16	4	167	40
Dossier abandonné	33	4	38	21	30	3	23	1	124	29
Divers	11	37	24	115	17	85	10	57	62	294
TOTAL	202	52	349	235	270	96	141	64	962	447
	254		584		366		205		1409	

TABLEAU 8

TENDANCES AU SEIN DE LA POPULATION HOSPITALISÉE

Année	Admissions	Total soigné pendant la période	Mises en congé	Décès	Inscrits au registre à la fin de la période	Moyenne de la population quotidienne à l'hôpital
			Hôpitaux psychiatriques (1)			
1978-1979	13 316	18 247	13 287	289	4 357	3 953
1979-1980	12 612	17 247	12 383	266	4 330	3 840
1980-1981	12 665	17 397	12 231	259	4 508	3 850
1981-1982	11 595	17 675	12 285	298	4 514	3 919
			Unités psychiatriques dans un hôpital général			
1978-1979	34 870	36 774	34 528	8	1 814	1 659
1979-1980	35 496	36 424	34 562	27	1 851	1 823
1980-1981	35 376	37 482	34 480	34	1 950	1 782
1981-1982	34 123	36 099	33 332	28	1 760	1 771

TABLEAU 9

Résidents dans les foyers de soins spéciaux : 1965-1983

	Année	Nbre de lits occupés	Nbre de foyers
Maison de soins infirmiers	1965	1 621	
	1970	5 651	
	1981	4 664	
	1983(juil.)	4 364	261
Maison d'hébergement	1965	47	
	1970	1 502	
	1981	2 078	
	1983(juil.)	2 170	297

REMARQUE : Comprend les anciens patients des hôpitaux psychiatriques provinciaux et les résidents invalides mentaux.

BUREAU DU DÉFENSEUR DES DROITS DES MALADES PSYCHIATRIQUES

ÉTAT FINANCIER

1er avril 1983 - 31 mars 1984

Salaires, traitements et avantages sociaux	532 712 $
Tous les autres frais de fonctionnement	78 791 $
TOTAL	611 503 $